

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

328

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 22 juillet 1891, à une heure*

PAR

**Charles VIDAL**

Né à Ceyras (Hérault), le 30 octobre 1854

## DE L'EXTIRPATION DES ADÉNITES TUBERCULEUSES NON SUPPURÉES

*Président : M. TILLAX, professeur.*

MM.

*Juges :* } *TERRILLON, professeur,*  
              *SEGOND, REYNIER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1891



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

329

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 22 juillet 1891, à une heure*

PAR

**Charles VIDAL**

Né à Ceyras (Hérault), le 30 octobre 1854

DE L'EXTIRPATION  
**DES ADÉNITES TUBERCULEUSES**  
**NON SUPPURÉES**

Président : M. TILLAUX, professeur.

MM.

Juges : { TERRILLON, professeur,  
              SEGOND, REYNIER, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
HENRI JOUVE

15, Rue de la Faculté, 15

1891

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                    |                |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                 | M. BROUARDEL.  |
| <b>Professeurs</b> .....                                           | <b>MM.</b>     |
| Anatomie.....                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie.....                                                   | CH. RICHET.    |
| Physique médicale.....                                             | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           | A. GAUTIER.    |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | BAILLON.       |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.....                                           | DIEULAFOY.     |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | DEBOVE.        |
| Anatomie pathologique.....                                         | LANNELONGUE.   |
| Histologie.....                                                    | CORNIL.        |
| Opérations et appareils.....                                       | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie.....                                                 | TILLAX.        |
| Thérapeutique et matière médicale.....                             | REGNAULD.      |
| Hygiène.....                                                       | HAYEM.         |
| Médecine légale.....                                               | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | BROUARDEL.     |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                          | LABOULBENE.    |
|                                                                    | STRAUS         |
| Clinique médicale.....                                             | G. SEE.        |
|                                                                    | POTAIN.        |
|                                                                    | JACCOUD.       |
|                                                                    | PETER.         |
|                                                                    | GRANCHER.      |
| Clinique des maladies des enfants.....                             | BALL.          |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               | CHARCOT.       |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      | VERNEUIL.      |
|                                                                    | LE FORT.       |
| Clinique chirurgicale.....                                         | DUPLAY.        |
|                                                                    | LE DENTU.      |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     | GUYON.         |
| Clinique ophthalmologique.....                                     | PANAS.         |
| Cliniques d'accouchements.....                                     | TARNIER.       |
|                                                                    | PINARD.        |

*Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY et PAJOT.*

### Agrévés en exercice.

| MM.         | MM.        | MM.                 | MM.           |
|-------------|------------|---------------------|---------------|
| BALLET.     | GILBERT.   | NETTER.             | ROBIN Albert. |
| BAR.        | GLEY.      | POIRIER, chef des   | SCHWARTZ.     |
| BLANCHARD.  | HANOT.     | travaux anatomiques | SEGOND.       |
| BRISAUD.    | HUTINEL.   | POUCHET.            | TROISIER.     |
| BRUN.       | JALAGUIER. | QUENU.              | TUFFIER.      |
| CAMPENON.   | KIRMISSON. | QUINQUAUD.          | VILLEJEAN.    |
| CHANTEMESSE | LETULLE.   | RETERER.            | WEISS.        |
| CHAUFFARD.  | MARIE.     | REYNIER.            |               |
| DEJERINE.   | MAYGRIER.  | RIBEMONT-DESSAIGNES |               |
| FAUCONNIER. | NELATON.   | RICARD.             |               |

*Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.*

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. PAUL LEROY-BEAULIEU

Membre de l'Institut

Professeur d'Economie politique au collège de France

Chevalier de la légion d'honneur

*Hommage de ma plus vive reconnaissance.*

A M. JULES BESNIER

Chevalier de la légion d'honneur

*Souvenir de profonde gratitude.*

A M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Membre de l'Académie de médecine

Chirurgien des hôpitaux

Chevalier de la légion d'honneur

A MES PARENTS

A MES AMIS

## HISTORIQUE (1)

L'extirpation n'était pas inconnue des médecins romains et, au dire de Galien, elle était en honneur chez ses contemporains ; lui-même en parle comme d'un moyen sûr et expéditif qu'il ne faut pas toutefois confier à des mains inhabiles parce qu'on court le risque de léser quelques branches nerveuses et de rendre le malade muet (Galien, *De loc. affect.*, lib. I).

Les Arabistes ne paraissent pas avoir pratiqué cette opération ou du moins les travaux de leurs principaux représentants n'en font pas mention de sorte qu'il faut arriver presque à la renaissance pour trouver une nouvelle application des préceptes de Galien. Vésale, Fallope, Duret, Sanctorius, A. Séverin, imbus des idées Galéniques, persuadés que les écrouelles, n'étaient qu'une affection purement locale, ont eu recours à tous les moyens de destruction pour les guérir radicalement ; l'extirpation partageait leur faveur avec le fer rouge et les caustiques ; et Sanctorius aboutit à cette conclusion. *Ergo strumæ nunquam sanabuntur nisi extirpantur*. A Paré était, lui aussi, partisan de l'extirpation. « Il y a, dit-il, une autre manière de guérir les écrouelles qui est par la

(1) Poulet. *Journ. de méd. Militaire*.

main du chirurgien lorsqu'elles sont au col et superficielles, faisant une incision afin de séparer les parties où elles sont attachées puis *serrées* et coupées hors. »

Peu à peu l'indifférence succède à l'enthousiasme, particularité qu'on retrouve à différentes reprises dans ce mode de traitement.

D'ailleurs les idées ont changé ; on ne considère plus les écouelles comme une affection étrangère à la crase des humeurs... La bile, l'atrabile, la lymphe sont accusées tour à tour de produire les engorgements des glandes. Aussi les chirurgiens deviennent-ils plus timides et s'adressent-ils à des moyens de traitement généraux, à l'empirisme, à la superstition. Nous verrons que les partisans des théories humorales au siècle dernier non-seulement repoussaient l'extirpation comme inutile, mais comme dangereuse. Enlever ainsi un foyer superficiel, inoffensif, où la lymphe s'était concrétée, c'était s'exposer de gaité de cœur à une répercussion interne, à de nouvelles poussées vers les viscères et cette fois bien autrement dangereuses. Or au siècle dernier tout le monde ou à peu près pensait ainsi : Il y avait cependant quelques praticiens réfractaires aux saines idées de l'époque et Heister et Heisse, entr'autres, ont pratiqué avec succès l'extirpation des écouelles et même des bubons vénériens.

En 1774 Magniez fit paraître, dans le *Journ. de méd. Mil.* de Dehorne, un mémoire sur l'extirpation des tumeurs scrofuleuses du cou et autres, pratiquée avec succès sur les soldats envoyés par le roi à l'hôpital de la ville de Saint-Quentin depuis 1772 jusqu'à 1783.

L'auteur de ce mémoire avait été amené à pratiquer l'extirpation des ganglions cervicaux, par suite de l'insuffisance et de l'inefficacité des autres moyens de traitement.

Il a pratiqué l'opération plus de 200 fois avec succès et aussi avec quelques revers, quatre de ses opérés sont morts, l'un d'eux « obstrué de toutes parts », un autre « d'une diarrhée considérable. »

Après Magniez il faut arriver jusqu'à Larrey pour trouver de nouvelles tentatives d'extirpation de ganglions, beaucoup plus timides d'ailleurs que celles de Magniez. Après Larrey un grand nombre de médecins militaires, journellement aux prises avec cette affection, si fréquente chez les soldats, et frappés de l'insuffisance des traitements ordinaires, ont pratiqué l'extirpation. Tels sont : Villeneuve, Zink, Gama et surtout Bégin qui, dès 1832, à Strasbourg exposait, dans ses leçons cliniques, les principes de chirurgie applicables au traitement des tumeurs ganglionnaires et ses préceptes recueillis par Malle reposent sur plus de 30 extirpations.

A partir de cette époque l'extirpation revient en honneur pendant 15 ou 20 ans... Baudens, Sédillot, H. Larrey l'ont mise en pratique.

Puis l'extirpation retombe encore une fois en défaveur au point qu'on a de la peine à trouver quelques observations éparses. Des causes diverses expliquent ce phénomène ! Surtout on a reconnu que dans le groupe des tumeurs glandulaires il est nécessaire d'établir des distinctions : l'adénie et la leucocythémie, le lymphadénome commencent à être mieux connus.

En 1856, avec les travaux de Villemain, la thérapeutique des affections tuberculeuses entre dans une nouvelle voie ; car dès que Langhans eut décrit la structure du follicule tuberculeux, ce fut dans les ganglions que Shüppel retrouva la cellule géante centrale. Peu à peu, grâce aux travaux de Grancher, Cornil, Taon, Rinfleish, l'identité de la scrofule et de la tuberculose tendit à s'établir et l'on fit entrer les écrouelles dans le groupe nouveau des tuberculoses locales (Friedlander) localisées (Kiener) auxquelles la découverte de Koch donna une consécration irréfutable.

Cette conception nouvelle de l'adénite chronique conduisit naturellement les chirurgiens vers une thérapeutique différente et l'extirpation, le curage, le grattage des ganglions tuberculeux devinrent des opérations courantes.

Bilbroth, Volkmann, König, Fisher, Kocher, pour ne parler que des principaux, ont appliqué à ces adénites les mêmes préceptes chirurgicaux que pour les os et les articulations. Grâce à la méthode antiseptique, les chirurgiens, devenus plus hardis, ont enlevé les foyers de tuberculose locale et inauguré une nouvelle période de faveur.

En Allemagne *Hueter*, en 1872, fit comprendre le danger qu'il y avait à respecter ces adénites au point de vue de la généralisation de la tuberculose et fit de l'extirpation une méthode de thérapeutique.

*Kœnig* (1), au contraire, aurait vu des généralisations

1. *Kœnig. Tuberculose der Knochen und Gelenke* Berlin, 1884.

tuberculeuses apparaître immédiatement après l'opération « comme si la maladie avait été directement inoculée par cette opération » et il conseille le traitement local dans toute sa rigueur.

*Bergmann* (1), déconseille l'opération chez les enfants au-dessous de 10 ans à cause de l'hémorrhagie.

Il opère seulement dans les cas suivants :

1° Lorsqu'un seul ganglion est hypertrophié.

2° Lorsqu'une ou plusieurs masses ganglionnaires ont résisté à tout traitement et qu'il n'y a pas de périadénite intense.

3° Quand l'énucléation du ganglion est possible.

En France, malgré l'opinion favorable de Trélat, de Richelot et quelques autres on s'est montré assez réservé, surtout après les résultats publiés à la suite d'injections intersticielles d'éther iodoformé.

Citons, pour donner une idée des raisons invoquées pour et contre l'opinion de quelques auteurs : « vouloir, dit M. Berger (2), appliquer l'extirpation à toutes les adénopathies tuberculeuses me paraît un traitement à la fois insuffisant et excessif ; insuffisant, car on n'est jamais sûr d'enlever toutes les manifestations locales de la tuberculose, et à côté de ganglions que l'on enlève, on en laisse d'autres qui sont déjà pris et qui reproduiront la maladie ; excessif, car il aurait pour résultat de laisser des traces visibles de l'opération sur le cou de bien des sujets qui

1. Bergmann. *Gerhard's Londbuck der Kronkeeten*, 1882.

2. Berger. Société de chirurgie, 1889.

peuvent guérir sans aucune marque apparente par un traitement général bien institué ».

« J'ai opéré, dit M. Segond (1), un certain nombre de jeunes femmes que ces tumeurs ganglionnaires gênaient dans leurs fonctions et leur coquetterie.

Je les en ai débarrassées, elles sont enchantées ; elles sont parfaitement guéries, et la petite cicatrice linéaire qui suit forcément l'opération est très facile à masquer. Elle n'a, par conséquent, aucun trait de ressemblance avec ces horribles cicatrices que laissent les écrouelles lorsqu'on n'est pas parvenu à temps dans le traitement des ganglions hypertrophiés ».

1. Segond. *Gazette des hôpitaux*, 1889.

## ETIOLOGIÉ

*Fréquence.* — Nous n'insisterons pas sur la grande fréquence de la tuberculose ganglionnaire, Sur 262 cas Thierry l'a trouvée 63 fois soit 27 0/0 ; et ce chiffre n'a rien d'exagéré.

*Siège.* — Tous les ganglions du corps ne sont pas également aptes à devenir tuberculeux.

Ce sont surtout les ganglions du cou qui sont malades. Cela est dû à des causes multiples, à la richesse considérable des réseaux lymphatiques de la région et surtout aux affections nombreuses du cuir chevelu, des orifices de la face, des muqueuses buccale, pharyngienne, nasale et oculaire. Ces affections agissent de deux façons : d'abord elles sont suivies d'adénites secondaires du cou qui créent une prédisposition naturelle à la tuberculose de ces ganglions mais surtout elles produisent des lésions qui servent de porte d'entrée au microbe tuberculeux.

Les mêmes causes se retrouvent au membre supérieur dont la richesse lymphatique et les nombreuses lésions sont bien connues. Aussi les adénites axillaires viennent-elles immédiatement après celles du cou pour la fréquence d'autant plus que les affections communes du mamelon viennent se joindre à celles de la main.

Ensuite viennent les ganglions de l'aîne peut-être plus fréquents que ceux de l'aisselle si on y ajoute les cas mixtes ou la tuberculose vient se greffer sur une adénite chancreuse ou syphilitique.

Les adénites tuberculeuses du creux poplité sont les plus rares.

*Age.* — La tuberculose des ganglions lymphatiques se rencontre surtout dans la seconde enfance et dans l'adolescence, elle diminue de fréquence dans l'âge adulte pour disparaître presque complètement dans la vieillesse.

Voici d'après une statistique de Bilbroth quelle est la fréquence relative de cette affection suivant les âges :

De 1 à 10 ans, 50 pour cent des cas observés.

|    |    |      |   |   |
|----|----|------|---|---|
| 11 | 20 | 32,5 | » | » |
| 21 | 30 | 10   | » | » |
| 31 | 40 | 5    | » | » |
| 41 | 50 | 2,5  | » | » |

Garé donne les chiffres suivants de sa statistique de 82 cas.

| De | 0  | à | 9 ans | 12 pour cent |
|----|----|---|-------|--------------|
|    | 10 |   | 19    | 39 »         |
|    | 20 |   | 29    | 28 »         |
|    | 30 |   | 39    | 14 »         |
|    | 40 |   | 49    | 3 »          |
|    | 50 |   | 59    | 2 »          |

Aucun cas au-dessus de soixante ans.

Il est aussi remarquable que cette affection ne se rencontre jamais à la naissance ; ce qui est d'autant plus étonnant que l'hérédité joue un grand rôle dans cette étiologie.

*Sexe.* — Toutes les statistiques sont d'accord pour prouver la grande prédisposition du sexe féminin à la tuberculose ganglionnaire, prédisposition qui se chiffre par 70 p. 100 du nombre total des cas. (Brun).

On explique cette énorme différence par l'état d'infériorité ou l'établissement de la puberté place la femme à l'âge où la prédisposition pour la tuberculose ganglionnaire atteint justement son maximum. C'est à cet âge aussi qu'interviennent des causes qui viennent se joindre à cette crise physiologique, début du travail dans les usines et les fabriques, mauvaise alimentation, etc.

*Hérédité.* — On trouve facilement l'hérédité tuberculeuse dans les antécédents de ces malades. *Brun* l'a trouvée dans 77 pour cent des cas.

*Garé* a trouvé que sur 40 malades 16 avaient des parents tuberculeux ce qui fait 40 pour cent ; et parfois les frères et sœurs même des malades étaient tuberculeux.

Par quel mécanisme la tuberculose se transmet-elle de la mère à l'enfant ? La transmission directe, difficilement explicable dans l'état actuel de nos connaissances a contre elle ce fait que la tuberculose ganglionnaire ne s'observe jamais chez les fœtus ou les nouveaux-nés. On admet que l'hérédité prépare un terrain favorable à la culture du bacille tuberculeux.

Parmi les causes générales il faut faire entrer toutes les

affections capables d'entraîner une déchéance momentanée de l'organisme qui favorise l'évolution du microbe tuberculeux. C'est ainsi que la tuberculose ganglionnaire est souvent la conséquence de la rougeole, de la coqueluche, de la fièvre typhoïde pour ne citer que les affections les plus communes de l'enfance.

Puis on peut ranger, sous le terme compréhensif de milieu, la triple influence de l'alimentation insuffisante, du froid humide, du surmenage, causes prédisposantes qui se combinent souvent.

C'est un fait de notion courante que la fréquence de ces bubons strumeux du cou dans les casernes, au point que certains médecins militaires les ont décrits comme une affection spéciale aux jeunes soldats. On les retrouve en quantité plus grande encore dans les prisons et Deligny, dans sa thèse, étudie leur fréquence chez les prisonniers, dans une série de tableaux.

Mais ce ne sont là que les causes prédisposantes favorisant la pullulation, la culture du bacille une fois entré dans l'organisme.

La cause déterminante, c'est la porte d'entrée qui est une lésion du tégument externe ou des muqueuses : or cette lésion, dans un grand nombre de cas, on peut la retrouver ; dans d'autres cas, plus nombreux encore, elle passe complètement inaperçue. Il ne faudrait pas conclure cependant qu'elle n'a pas existé... L'expérimentation nous a éclairés sur ce point.

Lorsqu'on inocule expérimentalement la tuberculose aux animaux on voit naître au point inoculé une lésion

habituellement très nette, un tubercule anatomique ; mais cette lésion initiale, cette tuberculose locale initiale peut manquer ainsi qu'Arloing (1) l'a vu plusieurs fois dans des cas où la généralisation viscérale s'était produite avec ou sans adénopathie tuberculeuse intermédiaire.

Rien d'étonnant, par conséquent, que dans la clinique la porte d'entrée passe inaperçue, car lorsqu'on la recherche, un temps souvent très long s'est passé depuis l'inoculation.

Dans les travaux de Brun nous trouvons que sur 40 cas observés la lésion primitive a été trouvée 23 fois soit 53 0/0.

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Eczéma de la tête             | 4 cas |
| » du sein                     | 1     |
| Otite                         | 5     |
| Rhinite chronique             | 4     |
| Conjonctivites                | 3     |
| Kératite récidivante          | 1     |
| Periostite dentaire           | 1     |
| Pharyngite chronique          | 1     |
| Arthrite fongueuse de la main | 1     |

On comprend que s'il existe une lésion tuberculeuse dans un point du corps, les ganglions situés dans la région où est le point malade, doivent fréquemment s'infecter... C'est ce qui arrive, en effet, pour les ganglions du cou lorsqu'il existe une tuberculose de la langue ou du pharynx, par exemple, pour les ganglions de l'ais-

1. *Revue méd.* 10 fév. 1887.

selle à la suite des tuberculoses articulaires du membre supérieur. On connaît la fréquence et la valeur diagnostique de l'adénite inguinale dans la tuberculose de la hanche, etc., etc.

Mais il faut avouer qu'il y a des cas où la porte d'entrée, comme dans la tuberculose locale primitive, n'existe pas. Il s'agit alors du bubon tuberculeux primitif, de la *Tuberculose ganglionnaire primitive* ou les ganglions s'infiltrèrent lentement sans que dans leur territoire lymphatique, ni dans le reste de l'organisme, aucune lésion passée ou actuelle ne permette de retrouver l'origine ni les traces de l'infection.

Et comme il faut bien que le bacille soit entré, puisqu'on le retrouve dans les ganglions, force est d'admettre que l'effraction n'a pas laissé de traces ainsi que cela est arrivé dans les expériences d'Arloing dont nous parlerons plus bas.

## PATHOGÉNIE

La nature exacte de l'affection ganglionnaire dont nous étudions le traitement ne fut connue que du jour où la tuberculose elle-même fut caractérisée comme entité morbide. Tous les engorgements glandulaires du cou étaient jugés à la fin du seizième siècle confondus sous le nom de « scrofules. » Puis le tubercule entrevu par Bailen et Bayle, décrit par Laënnec comme caractéristique d'une affection spéciale, la *tuberculose*, est découvert dans un certain nombre de ganglions des scrofuleux. Laënnec indiqua même que la tuberculose peut commencer par les ganglions lymphatiques et le poumon n'être pris que secondairement. Dès lors, on décrit comme deux affections distinctes l'adénite scrofuleuse et l'adénite tuberculeuse.

En 1871, Schüppel démontre la présence, dans les ganglions scrofuleux, du follicule tuberculeux décrit par Langhans et qui caractérise en ce moment la tuberculose.

La tuberculose ganglionnaire était dès lors créée, mais on admettait toujours à côté d'elle la scrofule ganglionnaire et cette dualité, malgré les travaux de l'école française, dite uniciste, persista jusqu'en 1882.

C'est alors que R. Koch découvrait le bacille tubercu-

leux et démontrait sa présence, 2 fois sur 3, dans les cellules géantes des ganglions scrofuleux.

Enfin la pathologie expérimentale porta un dernier coup à la scrofule en montrant que lorsque les bacilles manquent, l'inoculation du ganglion malade aux animaux reproduit la maladie avec ses caractères histologique et bactériologique.

Et si la croyance à la scrofule trouve dans l'étude de certains faits cliniques, encore mal interprétés, un dernier refuge, du moins la nature de la tuberculose ganglionnaire est-elle absolument démontrée.

Étudier la pathogénie de la tuberculose ganglionnaire, c'est donc rechercher les conditions dans lesquelles le bacille de Koch pénètre dans le ganglion pour y produire les lésions caractéristiques de la tuberculose.

Quelles sont donc les voies de l'inoculation tuberculeuse dans les ganglions ?

Nous avons vu le rôle important que joue l'hérédité dans l'étiologie de l'affection. Elle existerait dans 77 pour 100 des cas (Brun). On est donc en droit de se demander avant tout s'il n'est pas possible que le bacille soit transmis directement des parents au fœtus.

C'est là un point obscur de la pathogénie de la tuberculose. Ce que nous savons aujourd'hui sur cette question est contraire à cette hypothèse. On admet que l'hérédité crée une prédisposition à la tuberculose, c'est-à-dire un terrain favorable à l'évolution du bacille.

Mais il est fréquent aussi de voir naître et se développer l'adénopathie tuberculeuse chez des sujets indemnes

de toute hérédité tuberculeuse. Comment le bacille est-il parvenu jusqu'aux ganglions de ces malades ?

L'étude des faits cliniques a montré que la tuberculose ganglionnaire s'observait dans les deux conditions suivantes : elle est primitive ou secondaire.

1° *Secondaire*. — L'adénite succède à une lésion tuberculeuse plus ancienne.

Les exemples abondent ; citons la tuberculose des ganglions bronchiques au cours de la tuberculose pulmonaire ; rappelons la présence presque constante des ulcérations tuberculeuses de l'intestin dans la tuberculose des ganglions mésentériques.

Enfin la série si longue des tuberculoses chirurgicales nous montre la lésion des ganglions « régionaux » comme un phénomène constant. Ce sont les adénopathies de l'aîne dans la coxalgie et les tuberculoses anales, de l'aisselle dans la scapulalgie ou la mammite tuberculeuse, du cou dans les tuberculoses de la langue, de la bouche et du pharynx et surtout de l'oreille et du rocher.

Dans tous ces cas, les bacilles ont été transportés par la voie des lymphatiques, dont les racines correspondaient aux points malades, jusqu'aux ganglions malades.

Dans un certain nombre de cas, il est impossible de trouver, soit dans le territoire lymphatique des ganglions, soit dans le reste de l'organisme, aucune lésion tuberculeuse, mais on trouve la porte d'entrée par où s'est faite l'inoculation : eczéma du cuir chevelu, de l'o-

reille, du nez, conjonctivites pour les ganglions du cou, lésions du mamelon ou des doigts pour l'aisselle, etc., etc... Enfin, il est des cas nombreux où il a été impossible de découvrir aucune trace du point d'inoculation : c'est la *tuberculose ganglionnaire primitive*.

Comme il est impossible d'admettre qu'une « cause interne » puisse donner naissance à une tuberculose ganglionnaire, il faut admettre que la porte d'entrée a été si minime qu'elle s'est fermée sans laisser de trace ; l'inoculation a passé inaperçue ; ce qui n'a rien d'extraordinaire si l'on songe qu'il suffit d'une légère desquamation épithéliale produite par une pharyngite, par exemple, pour livrer passage au bacille que le courant lymphatique amène dans un ganglion.

Le bacille tuberculeux a pénétré jusqu'au ganglion. On s'est demandé si ce ganglion jouait le rôle d'un organe d'arrêt opposant une barrière plus ou moins fragile à l'infection tuberculeuse ; ou bien si la généralisation, laissant derrière elle les ganglions enflammés, suit presque aussitôt l'inoculation.

Les dernières expériences de M. Jeannel (de Toulouse) sont en faveur de cette dernière hypothèse.

Pour établir l'existence de la généralisation précoce de la tuberculose, M. Jeannel a institué les expériences suivantes : 17 lapins sont inoculés au niveau de l'oreille gauche avec les produits de raclage d'un poumon de vache tuberculeuse.

Il ampute l'oreille de chacun de ces lapins à 3 ou 4 cent. du point d'inoculation, à 24 h. d'intervalle, et il at-

tend les constatations de l'autopsie. 7 lapins meurent non tuberculeux, 10 étaient tuberculeux au moment de la mort ; mais il faut remarquer que celle-ci doit être souvent imputée à des accidents de laboratoire tout à fait étrangers à l'infection tuberculeuse.

Dans une seconde série d'expériences semblables M. Jeannel constata la tuberculose chez 4 animaux en expérience et l'absence de tuberculose chez 5 autres...

Enfin, dans une 3<sup>e</sup> série les 3 lapins mis en expérience furent trouvés tuberculeux.

La conclusion à en tirer, suivant l'auteur, est que : « à la suite de l'inoculation de la tuberculose, par injections sous cutanées d'une parcelle de poumon tuberculeux, la maladie cesse d'être locale, c'est-à-dire que l'infection « est généralisée au bout de 24 h., peut être au bout de quelques heures. »

Au point de vue de la pathologie générale des tuberculoses chirurgicales, voici quelle serait la conséquence de la généralisation de la tuberculose inoculée ; quelle que soit la porte d'entrée, au point où il est déposé le bacille venu de l'extérieur pullule et détermine une lésion locale qui est le fait de l'inoculation.

Mais la tuberculose ne reste locale qu'un laps de temps très court ; le bacille inoculé pullule, passe dans la circulation en déterminant un véritable *microbisme latent*. Au bout de 10 minutes chez le lapin, au bout d'un temps qui ne sera jamais expérimentalement déterminé chez l'homme, mais qui est certainement court, ce parasitisme latent est réalisé.

Dans un second mémoire M. Jeannel aborde deux questions importantes qui touchent de près au traitement chirurgical précoce des adénites tuberculeuses :

« Si la tuberculose inoculée, dit le professeur de Toulouse, reste un certain temps une lésion purement locale, on peut espérer prévenir l'infection générale par un traitement local énergique, capable de détruire le virus avant sa généralisation ; on peut encore s'efforcer de rendre l'organisme réfractaire à la culture du virus par un traitement institué pendant tout le temps nécessaire à l'inoculation locale de ce virus.

Si, au contraire, la tuberculose devient générale presque aussitôt après l'inoculation, il ne faut plus songer à prévenir la généralisation, mais bien à guérir la maladie généralisée.

On peut alors supprimer chirurgicalement la tuberculose locale développée au point inoculé : *On guérira une lésion locale, on n'empêchera pas la tuberculose généralisée latente de se manifester ultérieurement.* Mais alors ces manifestations ultérieures ne seront plus des tuberculoses locales ; ce seront des tuberculoses localisées et ces localisations se feront sur tous les lieux de moindre résistance qu'offrira l'organisme infecté. »

Si nous voulons appliquer ces idées nouvelles à la tuberculose chirurgicale que nous étudions, nous devons admettre que lorsqu'on voit apparaître une tuberculose ganglionnaire, l'organisme est depuis longtemps infecté, que cette tuberculose ganglionnaire n'est pas une tuberculose locale comme on le croyait jusqu'à présent, mais

une tuberculose localisée, au même titre que toute autre tuberculose viscérale, la tuberculose pulmonaire, par exemple où la tuberculose articulaire expérimentale de Shüller... Et comme conséquence pratique, l'extirpation de ces tuberculoses ganglionnaires serait sans effet pour empêcher la tuberculose générale depuis longtemps constituée; elle serait même nuisible en provoquant l'auto-inoculation tuberculeuse aux organes voisins, par suite de la mise en liberté des microbes captifs *loco dolenti* (Verneuil).

Il ne nous appartient pas de faire la critique des expériences précédentes qui, tout ingénieuses qu'elles soient, ont besoin de confirmation et de contrôle; mais il est permis de parler des résultats fournis par l'expérimentation sur le terrain de la clinique et de comparer avec ce qu'on peut observer tous les jours dans la pratique.

Or, l'observation clinique nous montre des faits qui sont tantôt en rapport et tantôt en contradiction avec les idées précédentes.

Aussi à la théorie de la généralisation immédiate de la tuberculose, on peut opposer la fréquence de la guérison de la tuberculose ganglionnaire des enfants; des faits comme celui de Shuchardt où la granulie avait son point de départ dans un ganglion tuberculeux qui semble bien avoir amené la généralisation de l'affection tuberculeuse, pendant des années localisée dans les ganglions malades. On peut citer aussi les cas heureux d'intervention chirurgicale, les cas de guérison de tuberculose cutanée.

D'autre part, en faveur de la théorie de l'infection générale antérieure à la localisation en foyer, on peut citer :

- 1° Les récidives multiples et consécutives ;
- 2° La généralisation, après opération, à distance du foyer local ;
- 3° Les résultats éloignés des extirpations de ganglions suivies de généralisations tuberculeuses, 2 0/0 des cas dans les meilleures statistiques.

Si l'intérêt des expériences et des discussions que nous avons rapportées est considérable au point de vue de la connaissance de la tuberculose, on ne peut nier que la pratique s'en ressent fort peu. « Extirper une glande infiltrée de tubercules, ce n'est pas guérir la scrofule », disait Bazin. Aujourd'hui on dit de même, mais le mot tuberculose a remplacé le mot scrofule. Seulement Bazin défendait toute intervention contre les glandes scrofuleuses, à moins qu'elles ne fussent suppurées : « Ce n'est que quand le mal est tout à fait et depuis longtemps localisé, alors que les suppurations abondantes, la fièvre hectique, la diarrhée, le marasme ont enlevé au médecin tout espoir de guérir la scrofule par les moyens internes qu'il est permis de recourir à l'opération. »

C'est justement contre ces suppurations produites par des infections secondaires qu'on agit en enlevant le foyer par avance.

Contre l'infection générale, il reste le traitement général parfois si efficace.

## SYMPTOMES

Les signes de l'adénopathie tuberculeuse se tirent de l'étude des tumeurs ganglionnaires aux diverses périodes de leur évolution et des troubles fonctionnels que la présence de ces tumeurs fait naître dans certains cas.

Les tumeurs ganglionnaires se présentent sous des aspects différents suivant que la tuberculose est mono-ganglionnaire ou poly-ganglionnaire.

1° *Tuberculose mono-ganglionnaire.* — Il est commun d'observer dans une région, au cou par exemple, l'existence d'un ganglion isolé qui, ayant grossi peu à peu, presque à l'insu des malades, atteint le volume d'une amande et même d'un œuf de poule. Il est arrondi, ovoïde en général; la peau qui le recouvre est parfaitement saine et mobile; il glisse sur les parties profondes; il est ferme ou parfois un peu élastique, insensible à la pression. Habituellement il ne gêne guère le malade que par son volume, l'aspect disgracieux qu'il donne à la région lorsqu'elle est découverte, comme le cou par exemple.

2° *Tuberculose poly-ganglionnaire.* — Il est rare qu'un ganglion tuberculeux reste ainsi isolé; dès que son volume atteint celui d'une petite amande, il est fréquent de sentir autour de la petite tumeur, de petits ganglions en voie d'accroissement, sorte de petits satellites dont le nombre

augmente peu à peu à la périphérie ou dans le voisinage du ganglion malade. Même alors que la palpation la plus soigneuse ne peut faire découvrir ces ganglions satellites, il est fréquent de les trouver au cours de l'opération pendant laquelle on doit même les rechercher minutieusement.

Cette extension du processus morbide ne suit pas toujours le cours de la lymphe. Il n'est pas rare de le voir remonter le courant et l'envahissement qui a débuté par exemple dans les ganglions de l'aisselle s'étend au cou, dans la région sus-claviculaire ; puis, suivant la gaine des vaisseaux, gagne la région sous-maxillaire et l'apophyse mastoïde. La marche descendante s'observe plus souvent... Lorsque le processus suit le courant lymphatique il n'est pas rare de le voir sauter des groupes ganglionnaires importants. C'est ainsi que lorsque le processus tuberculeux remonte de ganglion en ganglion, de la main à l'aisselle, on voit les ganglions du cubitus rarement pris ; les ganglions du creux poplité sont plus rarement encore malades lorsque le processus suit le courant lymphatique du membre inférieur.

Enfin des ganglions superficiels le mal se propage aux ganglions profonds, gagne ceux des cavités thoraco-abdominales. En présence de l'adénite tuberculeuse de l'aîne il faut toujours explorer, par la palpation profonde, la fosse iliaque et il n'est pas rare d'y sentir, tuméfiés aussi, les ganglions de la chaîne iliaque externe ; certains abcès froids iliaques auraient même pour origine des adénites et des périadénites tuberculeuses.

Au con l'inflammation bacillaire peut gagner de proche en proche les ganglions du médiastin.

Les ganglions isolés se rapprochent en augmentant de volume ; leur accroissement ne se fait pas sans de nombreuses poussées de périadénite qui ont pour résultat d'accoler les petites masses voisines et aussi de former, variété extrêmement importante de l'adénite tuberculeuse, le *paquet ganglionnaire* tel qu'on le trouve à l'aisselle, surtout à l'aîne. Il est fréquent aussi au cou.....

C'est une tumeur épaisse, à surface irrégulière, lobulée, noueuse, indurée... ; mobile sur la peau et sur le plan profond au début, elle ne tarde pas à contracter des adhérences avec les organes voisins et avec la peau ; c'est à cause de ces adhérences que cette variété est importante à connaître.

C'est en allant à la recherche de ces ganglions agglomérés que le chirurgien est souvent entraîné plus loin qu'il ne le désirerait, mis dans l'alternative de laisser des ganglions malades profonds, ou de tenter l'extirpation de masses sondées à la veine jugulaire ou aux carotides. C'est dans des cas pareils que sont survenus des accidents mortels qui, à certains moments, ont jeté sur l'opération de l'extirpation un juste discrédit. Ces faits doivent engager le chirurgien à extirper les ganglions avant qu'ils ne soient conglomérés ; il évitera ainsi les poursuites dangereuses en empêchant la périadénite de se transmettre de ganglion en ganglion.

Lorsque l'inflammation passe à la phase de caséification et de suppuration les phénomènes sont différents et variables. On peut diviser ces cas en 2 groupes :

1<sup>o</sup> Ceux où l'adénite est caractérisée par la fonte ganglionnaire ;

2<sup>o</sup> Ceux où il y a adénite et périadénite suppurées.

Dans le premier cas le pus contenu dans une poche encore intacte et épaissie donne la sensation d'une nasse fluctuante. La peau n'est ni rouge ni chaude ; c'est l'abcès froid ganglionnaire. La tumeur est indépendante de la peau et des tissus profonds et on peut l'extirper quelquefois sans l'ouvrir.

Dans les polyadénites chroniques des strumeux on voit ces vastes colliers caractéristiques présenter des lésions à tous les stades. En certains points on sent des masses indurées glissant sous la peau, tandis qu'un ganglion de la même agglomération est en voie de suppuration et présente de la fluctuation.

2<sup>o</sup> Dans le second cas, lorsqu'il y a de l'adénite et de la périadénite suppurée, les ganglions baignent dans le pus, la peau est soulevée et tendue, rougit, s'infiltré, se plisse mal ; détruite peu à peu par sa face profonde elle s'amincit et ne forme bientôt plus qu'une mince pellicule violacée à la partie saillante de la collection. Enfin l'abcès s'ouvre, la caverne ganglionnaire se vide, et comme elle n'a aucune tendance à se fermer, la fistule ganglionnaire est formée avec tous ses caractères.

Les troubles fonctionnels produits par l'inflammation du tissu ganglionnaire ou par la compression des organes si importants situés près des ganglions malades, ne sont pas aussi fréquents qu'on serait tenté de le croire à la vue de ces volumineuses tumeurs du cou, de l'aisselle et de l'aîne qu'on observe si souvent.

La douleur est due aux poussées d'inflammation qui de temps en temps envahissent le ganglion. Elle est tantôt sourde et continue, tantôt lancinante comme dans la première période du phlegmon. Mais il est rare que ces phénomènes douloureux attirent sérieusement l'attention des malades... Aussi, lorsqu'aucun sentiment de coquerterie ne les pousse, attendent-ils la période des abcès et des fistules pour consulter le médecin.

Cependant, en parcourant les observations et les statistiques, on trouve souvent signalés des troubles fonctionnels importants dus à la compression : anémie cérébrale par la compression des carotides ou des vertébrales... ; poussées de congestion intra-céphalique par gêne de la circulation en retour de la jugulaire interne, œdème des membres, varicosités, thromboses veineuses, phlébites, abcès intra vasculaires... tels sont les accidents parfois très graves observés sur les vaisseaux comprimés.

On a observé des névralgies par compression des nerfs : le plexus brachial a été le plus souvent atteint. Peters (1) a relaté un accident plus grave : à la suite de violentes crises de névralgie dans les reins et les membres inférieurs, le malade étant mort de granulie, on trouva, à l'autopsie un petit ganglion sur le trajet des nerfs lombaires qui, par compression, provoquait les douleurs et qui semblait avoir servi de point de départ à l'infection bacillaire généralisée.

Dans sa thèse Dodin (2) relate un fait de paralysie faciale consécutive à une adénopathie parotidienne.

1. Peters cité par Lejar.

2. Dodin, Thèse de Paris, 1880.

On a observé du trismus douloureux et persistant à la suite d'adénite sous-maxillaire.

Gougenheim a indiqué l'existence sur les confins de la trachée et du larynx, dans le sillon trachéo-œsophagien, de petits ganglions étroitement voisins du nef récurrent et susceptible de faire naître des troubles laryngés graves, cornage, accès de suffocation, dysphagie.

*Formes.* — Si la forme lente et progressivement envahissante que nous avons décrite est la forme accoutumée, on peut trouver des variétés bien différentes. De même qu'à côté de la forme lente et chronique de l'orchite tuberculeuse, on décrit une forme d'orchite aiguë, galopante, on peut aussi rencontrer une forme de tuberculose aiguë, mortelle des ganglions lymphatiques. Robin, Delafield, ont rapporté des cas qu'on peut faire entrer dans la forme ganglionnaire de la granulie.

A côté de ces faits doivent se placer les cas bien différents où l'affection commence par les phénomènes de l'adénophlegmon : début brusque, rougeur, douleurs lancinantes, chaleur. Un abcès se forme et s'ouvre, les phénomènes aigus se calment et disparaissent, mais il reste un ganglion hypertrophié qui va subir l'évolution lente des adénites tuberculeuses habituelles.

Enfin ces phénomènes aigus peuvent se présenter au cours de l'adénite tuberculeuse chronique ; ils éclatent sous l'influence d'un traumatisme, du froid, plus souvent d'une inflammation de voisinage. Ils sont alors le produit d'une infection secondaire qui provoque la suppuration du ganglion.

Ces infections secondaires, dont la connaissance est toute récente, peuvent produire des accidents graves de suppuration, plegmon du cou, toujours très sérieux, quelquefois mortel. L'extirpation précoce des ganglions trouve dans ces cas sa meilleure justification.

## DIAGNOSTIC

Si le diagnostic de l'adénite tuberculeuse est, le plus souvent facile, il présente aussi parfois de sérieuses difficultés.

L'adénite mono-ganglionnaire peut être confondue avec un adéno-phlegmon d'autant plus facilement que cette dernière affection peut être la conséquence d'une périadénite intense. Nous n'insisterons pas sur ce diagnostic.

Le diagnostic du *lymphadénome* mérite de nous arrêter plus longtemps.

La difficulté du diagnostic est telle que, dans la plupart des cas, il est impossible ; l'histologie même n'y suffit pas comme l'affirment Cornil et Quenu.

Avant d'aller plus loin il est nécessaire de remarquer que le lymphadénome se présente à l'observation sous deux formes bien différentes. Tantôt il progresse avec une extrême rapidité, se généralise en quelques mois, en quelques semaines, quelquefois même d'emblée ; tantôt il reste stationnaire pendant longtemps, ne se généralise point ou si la généralisation se produit, ce n'est qu'après des années qu'elle se produit (1).

(1) Richelot. Soc. chirurgie, 1809.

C'est cette seconde forme dont il faut étudier surtout les caractères, car c'est elle qui a donné lieu à de nombreuses discussions. Encore aujourd'hui la nature de ces tumeurs n'est pas absolument élucidée et comme le dit M. *Richelot* : « Il ne suffit pas de dire et même de prouver que des tumeurs ganglionnaires ne sont pas tuberculeuses et de les réunir sous le nom de lymphadénomes pour en conclure qu'elles sont de même nature. »

« On ne saurait, en effet, se refuser à admettre que, même sans avoir pratiqué l'examen histologique ou l'inoculation du tissu pathologique, on puisse arriver à formuler un diagnostic. Le siège unilatéral des tumeurs, leur début par un seul groupe ganglionnaire, le volume énorme qu'acquièrent les ganglions engorgés sans devenir douloureux, sans changer de consistance, en restant mobiles sous la peau, mobiles sur les parties profondes, mobiles les uns sur les autres sont, avec l'âge des sujets, l'absence d'antécédents scrofuleux, autant de signes qui ne peuvent guère laisser de doutes. En tous cas ce ne sont pas là les caractères des engorgements tuberculeux » (1).

Les sujets atteints de lymphadénome ne portent ordinairement aucun des stigmates de la scrofule ; ils n'ont ni le faciès spécial, ni les ophthalmies, ni l'œdème, ni les fissures croûteuses des narines et de la lèvre supérieure. L'examen du sang est, dans certains cas, un appoint pour le diagnostic. Mais le tableau clinique est loin d'être toujours aussi nettement tracé.

1. *Berg er, Soc. de chirurgie*, 1889.

« Gasseinann fait remarquer qu'un grand nombre de tumeurs ganglionnaires, dénommées autrefois lymphomes hyperplastiques, doivent rentrer dans le cadre de la tuberculose : il en cite deux cas provenant de la clinique de Volkmann où le diagnostic ne fut porté qu'après l'extirpation des ganglions ; on les trouva farcis de nodules tuberculeux et de bacilles » (1).

Il n'est pas toujours facile de diagnostiquer un ganglion tuberculeux d'un lymphadénome. La pléiade peut exister dans les deux cas. Tous deux sont indolents et ce n'est ni l'âge ni le sexe qui autorisent à incliner vers l'un ou vers l'autre. Le ganglion tuberculeux tend au ramollissement, mais pas toujours. D'autre part, le lymphadénome présente parfois, lui aussi, des points ramollis qui stimulent la fluctuation. Il faudra, pour se guider, interroger, minutieusement les antécédents personnels et héréditaires des malades, tenir compte de la dureté généralement plus grande de la tumeur dans la tuberculose à la période de mobilité et d'indépendance, examiner les crachats, interroger les autres organes ; très souvent il sera prudent de rester dans le doute.

*La syphilis ganglionnaire* ne prête à l'erreur que dans certaines formes. On ne confondra pas la pléiade primaire avec l'adénopathie tuberculeuse : Sa dureté, son siège, la disposition même des ganglions et leur volume relatif, enfin la découverte de l'accident spécifique primitif, lui constituent autant de traits spéciaux. Les adé-

1. Lejar (*in traite chirurgie* de Duplay et Reclus).

nites secondaires ont aussi une localisation particulière ; elles sont plus dures et moins volumineuses en général. Mais l'adénopathie tertiaire est-elle multiple, disséminée et en voie de se ramollir, elle peut créer au chirurgien de réels embarras : la coexistence d'autres accidents syphilitiques, le passé du malade, sont autant d'éléments qu'il faut rechercher avec soin. Enfin il est un *critérium souverain*, c'est le traitement spécifique.

Presque toujours secondaire et révélant alors sa propre nature par celle d'un néoplasme originel, le *cancer des ganglions* est, en général, plus dur, plus douloureux ; ulcéré il revêt une autre physionomie ; enfin il ne se voit pas aux mêmes âges que la tuberculose et la cachexie qu'il détermine est d'un autre caractère.

Dans certains cas, pourtant, la lésion initiale peut simuler, elle-même, la tuberculose et faire méconnaître la nature de l'adénite qu'elle a provoquée.

Enfin l'*adénite chronique* simple doit aussi avoir sa place dans le diagnostic différentiel.

« Si l'on a sous les yeux les causes de sa production, les ulcères ou les irritations cutanés, professionnels, aux membres inférieurs, la carie dentaire pour certaines adénites du cou, il devient aisé d'en reconnaître la nature ; mais, en présence d'un état général suspect, on ne saurait oublier que la tuberculose se greffe souvent sur ce fond d'adénite chronique » (1).

La nature de la tumeur une fois déterminée il faut re-

(1) Lejar. In Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.

chercher ses rapports anatomiques précis. A-t-on à faire à un ganglion isolé ou à une polyadénite agglomérée ? Il faudra se baser, pour cette distinction, sur les caractères fournis par la palpation : Quand une tumeur, même profonde est sans bosselures, quand elle est bien régulière, on a affaire à un seul ganglion ; quand elle est irrégulière, mamelonnée, il y a plusieurs ganglions unis par la périadénite. Dans ce dernier cas il faudra se préoccuper de l'extension qu'a pu prendre la tuberculose ganglionnaire et se souvenir que c'est dans le cas de polyadénite conglomérée qu'on est exposé à trouver des adhérences aux vaisseaux profonds et à être entraîné beaucoup plus loin qu'on ne l'eût voulu.

Dire par avance combien de ganglions sont pris est chose impossible.

Lorsqu'on trouve des ganglions superficiels, réguliers, mobiles, il faut encore soigneusement explorer les parties profondes de la région ou des ganglions ramollis peuvent se trouver en rapport avec des organes importants ; au cou, à l'aîne, à l'aisselle, les paquets vasculo-nerveux, la parotide et les vaisseaux importants qu'elle recouvre, derrière la mâchoire inférieure.

## TRAITEMENT.

Il n'entre pas dans notre plan de discuter le traitement de l'adénite tuberculeuse à toutes ses périodes, mais seulement d'étudier les moyens thérapeutiques dirigés contre les ganglions tuberculeux non encore suppurés.

Lorsqu'on a affaire à des ganglions transformés en poches purulentes, ou à des polyadénites ulcérées et fistuleuses, le traitement ne présente aucune difficulté. On peut faire des injections médicamenteuses d'abord, si l'on est partisan de cette méthode, quitte à recourir à la curette ou au thermo-cautère si elle ne réussit pas.

Mais lorsqu'on a affaire à un ganglion non suppuré, en voie d'accroissement, faut-il recourir à l'instrument tranchant ou préférer les moyens simplement médicaux ? L'opinion générale est contraire au traitement chirurgical dans ce cas. Nous croyons que les raisons qu'on donne contre l'extirpation précoce ne prouvent pas contre elle et nous pensons qu'il y a des raisons pour intervenir rapidement et radicalement sur lesquelles on n'a pas assez insisté.

En effet, que reproche-t-on à l'extirpation ?

On a reproché à cette opération :

- 1<sup>o</sup> D'être inutile ;
- 2<sup>o</sup> D'être dangereuse ;

3° On lui oppose le traitement médical comme donnant d'aussi bons résultats.

Discutons ces arguments.

I. — On a dit que cette opération était *inutile* parce qu'il n'était pas démontré que les ganglions fussent des organes d'arrêt du bacille tuberculeux. Bien plus, les expériences de Jeannel n'ont-elles pas montré avec quelle rapidité l'infection tuberculeuse se diffusait dans l'organisme au point qu'on a pu conclure que la tuberculose était généralisée d'emblée et que l'adénite n'était qu'une manifestation, momentanément localisée, de l'affection générale. Dès lors, puisqu'on n'était pas sûr d'enlever la cause du mal, à quoi bon enlever des ganglions ? Du reste, la forte proportion de récidives locales ou à distance, observées chez les malades suivis pendant longtemps, ne vient-elle pas donner raison aux partisans du traitement général ?

Il est certain que l'affection récidive souvent, encore que les chiffres des récidives soient bien variables. Si nous ne donnons pas ici les statistiques nombreuses publiées par Rudel, Billroth, Volkmann, Brun, Garé et autres, c'est parce que le degré de l'affection n'y est pas toujours indiqué et que les cas bien spécifiés d'extirpation de ganglions non suppurés y sont très rares.

On peut en conclure cependant que les récidives seraient plus rares si l'on opérait plus tôt, afin d'être en mesure de faire une opération complète. En effet, on a publié des observations où l'on voit que le chirurgien a été obligé d'aller chercher le ganglion presque dans le

triangle sus-claviculaire et le médiastin. Ne pouvant arriver jusqu'à ce dernier il est obligé d'arrêter l'opération sans avoir enlevé les ganglions malades. Aussi n'est-on pas étonné d'apprendre que l'affection a récidivé.

La récidive peut survenir encore par le fait de l'inégalité dans le développement de divers ganglions ; pendant qu'on extirpait les ganglions superficiels indués, on ne voyait pas le ramollissement de quelque ganglion profond, qui n'a pas tardé à suppurer.

Enfin le mode d'extirpation peut provoquer la récidive en semant des débris de ganglions dans les tissus crus. Ce fait doit se produire surtout dans l'extirpation des ganglions enflammés, immobiles, qu'on est obligé d'écraser, de morceler. Il ne peut se produire quand on enlève des ganglions encore mobiles, qui se laissent énucléer, sans qu'il soit nécessaire de les ouvrir. Dans ces cas il ne faut pas négliger d'enlever l'atmosphère celluleuse du ganglion qui contient les éléments tuberculeux. Cette extirpation est toujours facile au début, presque toujours impossible plus tard.

Nous croyons donc que c'est une bonne garantie contre les récidives que d'opérer avant la fonte ganglionnaire, parce que c'est alors seulement que le ganglion est mobile, qu'en est sûr de l'enlever complètement.

Enfin, à l'argument théorique tiré des expériences de Jeannel, on peut répondre par l'état satisfaisant des malades opérés. Et de même que la théorie de la généralisation rapide de la tuberculose n'a pas fait renoncer au traitement des tuberculoses locales, nous ne pensons pas qu'elle doive faire repousser l'extirpation.

II. — On dit, en outre, l'opération est dangereuse. On cite des cas de mort 1<sup>o</sup> par ouverture des vaisseaux au cours de l'opération; et 2<sup>o</sup> par généralisation à la suite d'une sorte d'auto-inoculation.

1<sup>o</sup> Comme toutes les opérations, l'extirpation expose le malade à des accidents et le chirurgien à des difficultés. Mais nous croyons que le nombre et la gravité des accidents seront toujours proportionnels à la difficulté de l'opération. On ne trouve aucun cas de mort, aucun accident sérieux survenu au cours d'une extirpation pour des ganglions mobiles, quel que soit, d'ailleurs, le volume de ces ganglions.

Au contraire, lorsqu'on attend trop longtemps et qu'on s'attaque à ces masses ganglionnaires conglomérées en paquets adhérents, il faut s'attendre à des complications sérieuses. Au cou surtout on est exposé à de périlleuses dissections : 16 fois sur 128 opérations, Billroth a dû couper la veine jugulaire externe entre deux ligatures et en réséquer un tronçon. Dans un cas, Trendelenbourg dut dénuder la jugulaire interne de la base du crâne jusqu'à la clavicule. Dans un autre cas, plus mouvementé encore, il résèque la jugulaire externe, ouvre la jugulaire commune, perçoit l'entrée intra-veineuse de l'air, lie la veine, blesse le canal thoracique et le récurrent gauche.

Ces faits ne prouvent-ils pas qu'on a toujours tort de respecter trop longtemps les gros ganglions, car si un jour il devient nécessaire de les opérer on s'expose à des désastres opératoires.

2<sup>o</sup> Les malades qu'on opère seraient exposés à un au-

tré danger, plus grand encore, car il peut survenir à toutes les périodes de l'affection et l'habileté du chirurgien ne peut en rien l'éviter. Nous voulons parler des cas de généralisation aiguë survenus après l'opération. König a vu l'infection survenir « comme par une sorte d'auto-inoculation. » Nous ne savons si cet accident est bien fréquent, mais il sert toujours d'argument contre l'intervention. Il n'était guère redouté des vieux maîtres. Velpeau, dans ses leçons cliniques, dit que l'ablation des ganglions tuberculeux est rarement suivie d'accidents du côté des poumons, et Gosselin ajoute qu'il n'a pu avoir la preuve convaincante d'une terminaison, par phthisie proprement dite, des adénopathies de cette nature qu'il a extirpées. C'est aujourd'hui encore l'opinion de M. le professeur Le Dentu (1) : les malades, dit-il, bénéficient, presque toujours, des opérations dirigées contre les tuberculoses locales ; de même pour les tuberculoses externes qui s'améliorent dès que l'on touche à l'une d'elles. Il a vu une fistule anale tuberculeuse qui a guéri spontanément à la suite d'une opération dirigée contre une tuberculose tibio-tarsienne.

Quant aux généralisations survenant après des opérations sur les tubercules, cet auteur a vu mourir de granulie un malade atteint de coxalgie, à la suite d'une application de pointes de feu. Il se demande s'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence.

Nous pourrions encore citer le cas dont parle Thierry

(1) Congrès de chirurgie.

où l'on vit une méningite éclater le jour même que l'on avait primitivement fixé pour une opération plus tard abandonnée.

Nous ne voulons pas nier ces cas de généralisation et surtout de « coup de fouet » imprimés à des lésions avancées, mais il faut avouer qu'ils sont bien rares et nous ne croyons pas que la crainte de voir la granulie éclater à la suite de l'extirpation d'un ganglion non suppuré, soit bien justifiée.

Ajoutons, comme dernier argument, que depuis que Cazin a introduit le traitement chirurgical des adénites à Berk-sur-mer, la mort par albuminurie a disparu et que les cas de méningite tuberculeuse et de généralisation ont diminué.

III. — On dit enfin que le traitement de l'adénite tuberculeuse non suppurée par l'extirpation est inutile parce que à cette période on peut lui opposer avec plus de succès :

1° le traitement général,

2° le traitement par les injections médicamenteuses interstitielles.

1° Traitement général. — C'est vouloir triompher trop facilement que d'opposer le traitement général à l'opération sanglante. Le traitement général est de rigueur dans cette forme de tuberculose comme dans toutes les autres.

Placer un tuberculeux dans les meilleures conditions hygiéniques possibles est une recommandation banale. Quel est le médecin qui n'enverrait pas un malade riche

aux diverses stations maritimes ou aux sources chlorurées sodiques (Salies de Béarn, Salins du Jura) ?

L'huile de foie de morue, l'iodure de fer, l'arsenic même sont des agents médicamenteux extrêmement utiles, sinon souverains.

Personne n'oserait nier qu'un grand nombre de tubercules ganglionnaires aient été ainsi guéries, un plus grand nombre encore simplement améliorées. Mais les statistiques de Berk-sur-mer prouvent bien que ce traitement n'est pas toujours suffisant, puisque les opérés de Cazin, placés dans les meilleures conditions hygiéniques avaient résisté à l'air marin et aux médicaments reconstituants. Sur 335 malades atteints d'adénites il a fallu en opérer 112, ce qui fait plus de 30 %.

Il faut donc reconnaître qu'un traitement général, efficace dans un grand nombre de cas, est insuffisant dans d'autres. Mais toujours il doit être institué avec le plus grand soin, car il est indispensable au succès des autres médications.

2° La méthode *des injections interstitielles* inaugurée par Luton (de Reims) a mis dans la main des médecins une sorte de traitement mitigé pour ainsi dire. C'est une petite opération à la portée de tout le monde, qui, portant le médicament au centre même du mal, agit en détruisant le bacille au sein du ganglion, ou en détruisant le ganglion lui-même, on n'est pas bien fixé là-dessus.

Cette méthode a été acceptée avec la plus grande faveur. On a injecté tour à tour la teinture d'iode, la liqueur de Fowler, la solution phéniquée à 3 / 100, la solution de

nitrale d'argent. Tous ces médicaments ont donné de bons résultats..., pendant quelque temps, mais sans doute le spécifique n'était pas trouvé encore, car beaucoup de ganglions ne diminuaient pas de volume..., au contraire.

Ne pouvant décidément détruire les bacilles au sein du tissu ganglionnaire, certains auteurs résolurent de détruire le ganglion en injectant dans son intérieur le chlorure de zinc à 8 %, l'acide phéniqué, à 10 %. Bouchut a même eu l'idée de le faire digérer par la papaine.

Mais tous ces procédés se sont effacés devant les injections d'éther iodoformé dont le professeur Verneuil a été le grand vulgarisateur. Le succès a été tel que l'opération sanglante est tombée du coup dans une de ses phases de discrédit pour ainsi dire périodiques.

Il était naturel de penser que la méthode qui avait donné de si bons résultats contre les abcès froids, les abcès ossifluents, aurait le même succès contre l'adénite tuberculeuse. Et, en effet, de si nombreuses guérisons ont été obtenues et publiées que la méthode de Verneuil est devenue la méthode de choix contre toutes les adénites tuberculeuses.

Mais il faut distinguer. Parle-t-on des adénites suppurées, de l'abcès froid ganglionnaire ? Les guérisons sont nombreuses ; après quelques injections on a vu des adénites suppurées disparaître ; on en a vu guérir après une seule injection.

Avec les adénites fistuleuses, non entièrement suppurées, nous voyons déjà apparaître les insuccès.

Quant aux adénites crues, non encore suppurées, on

peut compter celles qu'on a guéries sans les faire suppurer, c'est-à-dire sans détruire les ganglions.

A la vérité les observations d'adénites non suppurées traitées par les injections sont encore bien peu nombreuses, Blaizot, dans sa thèse, n'en a pu recueillir que 17 cas dont 5 cas relatés par Verchère dans son mémoire, 1 qui lui est personnelle, 2 communiquées par le docteur Poisson (de Nantes).

Onze ont été traitées par l'éther iodoformé et six par l'huile iodoformée.

Sur les onze traitées par l'éther iodoformé :

5 malades ont été guéris sans suppuration (Verchère).

1 a été guéri après suppuration (Blaizot).

4 ont été améliorés.

1 n'a éprouvé aucune amélioration.

On voit donc que tous les succès appartiennent à Verchère. Si on en croyait sa statistique, la question serait résolue, toutes les adénites non suppurées guériraient par des injections interstitielles.

Malheureusement les autres opérateurs n'ont pas été aussi heureux : le docteur Poisson n'a pas eu une seule guérison ! et Blaizot n'a eu une guérison qu'au prix d'un accident, une suppuration qui s'est évacuée par le pharynx.

Il faut reconnaître que Poisson n'a pas, dans tous les cas, injecté, comme l'a fait Verchère, l'éther iodoformé, mais c'est uniquement « parce que la douleur produite par ce médicament s'est montrée comme un inconvénient de premier ordre qui a fait renoncer la plupart des ma-

lades ou leurs parents à poursuivre le traitement jusqu'à la guérison. »

Forgue a obtenu un cas de guérison d'adénite axillaire, mais en provoquant la suppuration du ganglion.

Ce mode de guérison n'est pas rare, mais nous croyons qu'il peut produire des accidents (observat. de Blaizot — ouverture de l'abcès dans le pharynx). Du moment que l'on produit une suppuration on n'est jamais sûr d'en être le maître. Si l'on produit un adéno-phlegmon il faudra l'ouvrir, peut-être le drainer, et où sont alors les avantages de la méthode ? — Si l'inflammation ne guérit pas le ganglion, dans quel état désavantageux ne le laisse-t-il pas pour l'extirpation devenue alors nécessaire ? Des adhérences se sont produites et par suite l'opération sera incomplète ou dangereuse, parfois impossible.

Terminons par la citation suivante :

« Cette petite opération (injections interstitielles) est aussi sérieuse que l'extirpation et je n'hésite pas à lui préférer cette dernière, ce qui a, en outre, l'avantage de m'éclairer sur la nature du ganglion. Dans un cas récent, j'ai eu à m'en applaudir, car on peut s'assurer sur la pièce enlevée qu'il s'agissait non d'un lymphadénome, mais d'un ganglion tuberculeux (1). »

Voici les observations tirées de la thèse de Blaizot, démontrant l'inefficacité des injections d'éther iodoformé :

(1). Terrier, *Soc. chirurg.*, 1889.

## OBSERVATION I

*In thèse Blairot.*

*Adénite cervicale. Traitement par les injections d'éther iodoformé. Guérison après suppuration et ouverture de l'abcès dans le pharynx.*

R... François, 32 ans, journalier, entré à l'Hôtel-Dieu de Nantes dans le service de M. le prof. Heurtaux le 21 mai 1890.

Une de ses sœurs est morte tuberculeuse. Ses parents sont bien portants. Il porte une fistule anale opérée et suppurant encore.

Il y a 2 mois, il s'est aperçu qu'il portait à gauche du larynx une petite tumeur qui grossit lentement et atteint le volume d'une grosse noix. Cette tumeur arrondie, mobile sous la peau qui la recouvre, est dure et ne présente aucun point de fluctuation: elle est adhérente aux parties profondes et semble même unie au larynx, elle gêne un peu la déglutition. On enfonce une aiguille de Pravaz dans la tumeur, il n'en sort rien et on y injecte une demi-seringue d'éther iodoformé à 1/10. Peu de douleur, léger gonflement, pas de rougeur, pas de phénomènes généraux.

Le lendemain, le malade se sent mieux, il avale plus facilement et la tumeur semble réellement avoir déjà un peu diminué. Les jours suivants, les choses restent en état, et 8 jours après la première injection, le Dr Heurtaux en fait faire une deuxième semblable à la première.

Mêmes phénomènes immédiats que la première fois, mais, les jours suivants, la tumeur augmente un peu de volume, sans présenter toutefois des phénomènes inflammatoires et sans gêner davantage le malade. Dix jours après le patient crache brusquement, sans dou-

leur, environ une cuillerée à bouche de pus mêlé de sang. A l'examen de sa bouche, on voit à la partie inférieure du pilier postérieur du voile du palais, du côté où siégeait la tumeur, le petit orifice par où s'est vidé le ganglion du cou. Celui-ci, d'ailleurs, s'est aussitôt affaissé et 5 semaines après le malade était complètement guéri de son adénopathie sans autre traitement.

## OBSERVATION II

*Poisson in thèse de Blaizot.*

Jeune X..., de V..., âgé de 15 ans, porte un gros ganglion à la région sous-maxillaire gauche, dans lequel il est fait des injections d'éther iodoformé à 5 0/0.

La douleur est à chaque fois excessive et le malade, quoique courageux refuse de continuer les mêmes injections. A ce moment le ganglion a diminué d'un tiers. On remplace alors l'éther par l'huile iodoformée à 5 0/0, stérilisée à l'étuve,

Malgré cette précaution il y a des menaces d'abcès qui se calment cependant. On revient à l'éther iodoformé. Au bout de 5 mois, le ganglion a encore diminué mais il est néanmoins si gros qu'on sera obligé d'avoir recours à l'ablation à cause de la difformité qu'il constitue.

## OBSERVATION III

M., 44 ans, volumineuse adénopathie à la région sous-maxillaire droite... On lui fait quatre injections d'éther iodoformé à 5 0/0 et pour les mêmes raisons que dans l'observation précédente une injection d'huile iodoformée au même titre. La tumeur a diminué de moitié.

#### OBSERVATION IV

(Poisson, in thèse Blaizot).

*Amélioration.* — X..., 18 ans. Adénopathie cervicale gauche, du volume d'une mandarine. Dix injections d'éther iodoformé à 5 0/0 à huit jours d'intervalle. Diminution marquée, mais pas de disparition complète.

#### OBSERVATION V

(Poisson, in thèse Blaizot).

*Amélioration.* — X..., 10 ans. Adénopathie sous-maxillaire du volume d'une noix. Quatre injections d'éther iodoformé à 5 0/0 à 8 jours d'intervalle. Diminution assez appréciable.

#### OBSERVATION VI

*Insuccès.* — X..., 18 ans. Adénopathie cervicale. 4 injections d'éther iodoformé à 5 0/0. Le malade refuse de se soumettre à un traitement aussi douloureux. Aucune amélioration.

*But de l'opération.* — Il nous semble permis de conclure des faits précédents :

1° Que l'opération de l'extirpation faite contre des ganglions non suppurés, peu ou pas adhérents, n'est pas une intervention dangereuse.

2° que si elle n'est pas capable d'empêcher à coup sûr les progrès d'une tuberculisation générale, on aurait tort

de l'accuser sérieusement de provoquer des accidents généraux mortels. Un grand nombre de malades n'ont pas vu leurs adénites récidiver.

Mais ce n'est pas assez de démontrer que cette opération n'est ni inutile, ni dangereuse, nous désirons insister sur son indication véritable.

Il nous a paru que dans les discussions touchant l'opportunité d'une intervention contre les adénites non suppurées, on a fait jouer un trop grand rôle aux récidives et qu'on a laissé dans l'ombre la série des accidents imputables directement aux ganglions qu'on laisse se développer librement.

*Prévenir ces accidents est pour nous la véritable indication de l'extirpation précoce des ganglions tuberculeux.*

Or ces accidents méritent-ils qu'on tente, pour les prévenir, une opération en règle ?

Certes on voit parfois la tuberculose ganglionnaire rester stationnaire et des malades porter leurs ganglions volumineux sans inconvénient jusqu'à leur mort. On en voit dont les écrouelles, sont le témoignage désagréable d'une affection éteinte.

Mais cette terminaison favorable n'est pas la règle et souvent l'affection récidive aux dépens de ce qui reste du tissu glandulaire.

Les phénomènes généraux apparaissent alors et l'on voit survenir la granulie des méninges et des poumons. Les autopsies de *Weigert* et *Ponfik* (1) ont démontré que

1. *Deutsche. Med. Woch.* 1883, 24.

la tuberculose miliaire aiguë pouvait avoir son point de départ dans ces ganglions malades et se transmettait aux poumons et aux méninges par l'intermédiaire du canal thoracique en suivant la voie lymphatique. *Heller* et *Weichselbaum* (1) ont confirmé ces recherches.

L'infection tuberculeuse partie du ganglion malade peut suivre aussi bien la voie veineuse et *Shüchardt* (2) cite l'observation curieuse d'une femme chez laquelle on trouve un ganglion tuberculeux adhérent à la veine jugulaire externe. Les parois de cette veine contenaient des tubercules miliaires... on en trouvait d'autres sur l'endocarde, le ventricule droit, les plèvres, la tunique interne de l'aorte et enfin disséminés dans les reins, le foie, la pie-mère, la choroïde, la moelle des os.

L'infection partie du ganglion avait marqué ses étapes en se généralisant.

Ces faits peuvent bien être opposés aux cas peu nombreux où la généralisation a suivi l'opération à la suite de l'extirpation.

Le ganglion est le lit et l'aliment du bacille... A mesure que celui-ci y vit, y prolifère, il subit fatalement toute une série de phénomènes qui en augmentent le volume.

Sous l'influence du processus, les ganglions d'une même région se prennent, se rapprochent, forment des masses parfois très volumineuses. Au début ils sont encore petits, peu nombreux, peu saillants, puis ils grandissent et forment des chaînes de ganglions profonds..., de vrais

1. *Wiener. Med. Woch.* 1884, 12-43.

2. *Virchow Arch.* 1888.

chapelets autour des vaisseaux du cou, constituent des plexus ganglionnaires volumineux entre les vaisseaux et la colonne vertébrale, combler le creux sus-claviculaire, gagnent le médiastin.

Aussi voit-on souvent des accidents dus à la compression : c'est ainsi que dans une observation de *Poulet* l'opération fut indiquée par les progrès croissants de la gêne respiratoire.

Dans une autre observation il y avait des troubles excessifs de la respiration et de la circulation, une anémie profonde.

Une malade de Lannelongue, âgée de 48 ans, portait une tuméfaction énorme du côté gauche du cou, allant de l'oreille à la clavicule ; le larynx était rejeté à droite par les masses ganglionnaires ; la dyspnée était intense et il y avait du comage. On enleva 12 ganglions, mais la malade mourut 3 jours après d'une hémorrhagie de la jugulaire.

A l'autopsie on trouva une compression du pneumogastrique et du récurrent gauche.

Rappelons encore le cas de *Dodin* cité plus haut où un ganglion de la région parotidienne provoqua une paralysie faciale, le cas de *Gougenheim* qui a observé des accidents par compression du récurrent.

## MANUEL OPÉRATOIRE

La question d'anesthésie et d'asepsie locale et des instruments n'offre rien de particulier. On disposera tout comme pour toutes les opérations courantes.

Lorsqu'une tumeur est peu ancienne et peu volumineuse une seule incision suffit. La longueur de l'incision sera proportionnelle à la grosseur de la tumeur. Quant à sa direction elle variera suivant les régions. On devra toujours la placer de façon à ce qu'elle soit le moins possible apparente après la réunion. On la cachera sous le rebord osseux du maxillaire, dans les plis de flexion des membres, etc.

Après avoir fixé la tumeur d'une main, on fait une incision dans le sens du plus grand diamètre ; on divise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et on arrive sur l'enveloppe celluleuse du ganglion. On ouvre cette dernière et saisissant le ganglion avec une pince à mors piquants, on l'attire au dehors, pendant qu'avec un doigt de l'autre main on le sépare des tissus voisins.

Habituellement des vaisseaux assez gros forment aux ganglions volumineux un pédicule vasculaire ; on placera une pince à forcipressure sur ce pédicule avant de le sectionner. On placera des pinces sur les points de la

poche (parfois si vasculaire) qui donnent du sang, afin d'avoir une surface opératoire parfaitement exsangue. On saisit alors la poche à l'aide d'une pince à disséquer et l'on pratique l'extirpation de cette poche en vérifiant, avant chaque coup de bistouri, les connexions qu'elle présente avec les parties voisines, principalement les nerfs et ensuite les vaisseaux. Si cette poche a des prolongements vers les paquets vasculo-nerveux on remplacera l'instrument tranchant par une spatule ou tout autre instrument mousse.

L'usage abondant des pinces à forcipressure permettra de voir, sans difficulté, toute l'étendue de la plaie et de rechercher sans être gêné par le sang les petits ganglions qu'elle pourrait contenir.

Lorsqu'on tombe sur un chapelet de ganglions profonds, il faut les enlever comme les précédents en redoublant de prudence.

Il peut arriver que la première incision ne suffise pas, on l'agrandit ou on la transforme en incision en T ou en V suivant les cas.

Lorsqu'on trouve des ganglions sur les deux bords du sterno-mastoïdien on est autorisé à faire deux incisions parallèles.

Plusieurs opérateurs ont été obligés de couper le muscle sterno-mastoïdien et le résultat a été bon ; de même pour le muscle grand pectoral.

Après l'extirpation des tumeurs, on peut faire une suture des fibres musculaires coupées.

Il arrive souvent qu'après avoir extirpé un ou plusieurs

ganglions plus ou moins profonds, on tombe sur un ganglion suppuré. Il faut alors recourir à la curette pour enlever ces parties caséeuses. Dans ce cas il faut éviter de semer les parties malades sur la plaie : ce qui pourrait amener un véritable ensemement tuberculeux.

#### OBSERVATION VII (*Inédite*).

*Adénite cervicale. Injections d'Ether. Echec. Extirpation. Guérison.*

Le nommé Michel Jules, 17 ans, vient à la consultation de l'hôpital Saint-Louis pour une tumeur du cou.

Son père est mort à 38 ans des suites d'une fluxion de poitrine.

Il est resté 8 mois au lit toussant et crachant beaucoup. La mère est assez bien portante mais tousse souvent. Il a une sœur assez chétive et lui-même a tout l'aspect d'un scrofuleux. Il a eu la rougeole et la scarlatine à 4 ans. Depuis il se porte assez bien et s'enrhume facilement. Le facies est pâle, lymphatique, le nez et les lèvres sont épais ; blépharite ciliaire chronique.

Il y a 6 à 8 mois que la « Glande » a commencé à paraître. Longtemps petite et à peine visible, elle a pris depuis 2 mois un rapide accroissement. A la consultation de l'hôpital Trousseau on lui a donné de l'huile de foie de morue qu'il prend depuis ce temps là assez régulièrement mais sans aucun succès.

La tumeur est située sous l'angle gauche du maxillaire inférieur. Elle a le volume d'un petit œuf de poule ; elle est dirigée verticalement. La peau est parfaitement saine et mobile sur la tumeur qui prise entre le pouce et l'index donne une sensation de fermeté spéciale aux adénites non encore suppurées ; on la fait glisser sur les parties profondes. Un peu au dessous d'elle, mais parfaitement séparée, on sent une seconde tumeur du volume d'un haricot, mobile aussi et dure. Il n'y a aucune lésion du cuir chevelu, ni de la cavité buccale, capable d'expliquer cette tumeur. Il n'y a aucun trouble fonc-

tionnel et le malade est seulement inquiet du volume que prend la tumeur et ennuyé de la déformation du cou.

Il n'y a aucun signe de tuberculose pulmonaire, osseuse ou autre. Il n'y a pas de ganglions sensiblement hypertrophiés dans les autres parties du cou.

Au sujet du traitement le malade réclame un fondant et n'accepte qu'avec peine le traitement qu'on lui propose ; injections interstitielles.

Traitement commencé le 24 février 1891. Huile de foie de morue 6 cuillérées par jour.

Le 24 février. La peau lavée au sublimé et au savon on introduit dans le ganglion l'aiguille d'une seringue de Pravaz contenant de l'éther iodoformé à 3 0/0. L'aiguille a de la peine à pénétrer dans le tissu glandulaire très compact. On peut faire pénétrer quelques gouttes seulement de la solution. Une seconde injection est faite dans une direction perpendiculaire à la première, et l'on fait pénétrer encore un peu de la solution. Il en est entré en tout un quart de la seringue.

Aussitôt après l'injection le malade a éprouvé une vive douleur s'irradiant à tout le cou et dans l'oreille. Le ganglion est devenu volumineux.

28 février. Le ganglion n'a pas diminué de volume, il est sensible à la pression et est moins mobile qu'avant l'injection.

Nouvelle injection comme précédemment suivie d'une forte douleur le long du sterno-mastoïdien.

8 mars. Le ganglion est toujours volumineux, immobile. De plus, on constate que les deux ganglions ne font plus qu'un. Il y a eu de la péri-adénite qui les a réunis. La peau est rouge, la masse est sensible à la pression, rémittente.

On propose une nouvelle injection au malade qui refuse. On lui propose l'extirpation qu'il accepte. Il est admis salle Nélaton (lit 26).

10 mars. Chloroforme. Incision au bistouri suivant le grand axe du ganglion, passant le long du bord interne du muscle sterno-mastoïdien, longue de 3 centimètres. Arrivé sur le ganglion même, on passe avec l'index au-dessous de la capsule afin d'énucléer la

masse. On constate qu'il y a des adhérences en certains points que l'on est obligé de détacher au ciseau. Le ganglion est pris dans le mors d'une pince Museux et tiré dehors. Il se rompt en un point et il s'écoule un peu de pus. La pince est placée sur un endroit moins friable et le ganglion peut être tiré presque tout entier hors de la plaie. Il est encore retenu en arrière par une sorte de pédicule vasculaire sur lequel on place une pince hémostatique avant de le sectionner.

Le ganglion enlevé, il reste une sorte de capsule rouge, vasculaire saignant en nappe. On place des pinces hémostatiques sur les points saignants afin de voir distinctement le champ opératoire. On prend l'enveloppe à l'aide d'une pince à disséquer, on la sépare des parties voisines. Il y a des adhérences, probablement récentes, car deux se laissent facilement détacher, sauf en quelques points où elles sont plus fortes.

En faisant cette dissection on rencontre en bas un petit ganglion complètement uni à la capsule; on le sépare facilement des parties profondes et on l'enlève. A aucun moment le paquet vasculo-nerveux du cou n'a été menacé, bien que le gros ganglion fût tout à fait contre le sterno-mastoïdien et un peu recouvert par lui. Sutures au crin de Florence, petit drain à la partie inférieure de l'incision, pansement iodoformé, compressif.

Les suites ont été très simples, pas de fièvre, pas de douleurs.

12 mars. On enlève le tube à drainage, pas de gonflement ni de rougeur; même pansement.

16 mars. On enlève les crins de suture, la plaie est réunie, exéat.

Le malade vient, toutes les semaines, pour recevoir le bon d'huile de foie de morue. Il a pu être suivi pendant 3 mois.

30 juin. Il n'y a pas d'épaississement ni de rougeur de la peau; la cicatrice ne rappelle en rien celle qui est produite par les fistules tuberculeuses. D'ailleurs située un peu au-dessous du bord interne du sterno-mastoïdien, elle est peu apparente.

Il n'y a pas de nouveaux ganglions et le malade est très satisfait d'avoir été débarrassé de sa tumeur. Il continue toujours le traitement général.

Sur une coupe le ganglion est formé d'un tissu rouge, très vas-

culaire surtout à la périphérie et dans les points où sa capsule lui était adhérente. Il y a de la périadénite et de l'adénite très évidente. Au centre il y a un petit abcès, le tissu qui entoure l'abcès est très friable, il est en voie de sphacèle.

#### OBSERVATION VIII (*Inédite*)

*Adénite cervicale. Échec des injections de Naphtol. Extirpation.  
Guérison.*

Ol., 19 ans, charbonnier, entré le 20 février 1891, salle Nélaton, hôpital St-Louis. Le père et la mère sont bien portants. Un frère est mort à 8 ans de convulsions (méningite probable).

Il a eu la coqueluche et la rougeole dans son enfance.

Il est sujet à s'enrhumer, mais il est, du reste, assez bien portant.

Il est venu consulter à St-Louis pour une « glande » qui est apparue il y a environ 10 mois. Depuis ce temps, il prend du sirop d'iodure de fer et il a fait de très nombreuses applications de teinture d'iode sur le point malade, sans grand succès, car la tumeur n'a cessé de s'accroître.

A l'examen (20 février 1891) facies strumeux, pâle.

A la partie moyenne du cou, près du bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien gauche, il existe une tumeur du volume d'un œuf de poule ; la peau est saine et mobile sur la tumeur, qui glisse sur les parties profondes. Elle est dure à la pression, non douloureuse.

A droite on sent, sous l'angle de la mâchoire, trois petits ganglions, dont le malade ignorait l'existence.

Il n'y a pas de signe de tuberculose pulmonnaire.

26 février: La peau ayant été soigneusement lavée au savon et au sublimé, on fait, dans l'intérieur du ganglion, deux injections interstitielles de la solution hydro-alcoolique de naphtol à 5 0/0 (formule de Bouchard)... l'aiguille est enfoncée suivant deux diamètres perpendiculaires au ganglion. On ne peut faire pénétrer que quelques gouttes de la solution.

2 mars. Le malade dit qu'il a souffert beaucoup quelques heures après l'injection, mais pendant peu de temps. Aucun changement dans le volume de la tumeur. Nouvelle injection après les mêmes précautions.

Trois nouvelles injections sont faites pendant le mois de mars sans aucune amélioration.

Le ganglion n'est plus aussi mobile qu'avant le traitement. Sa consistance est moins ferme ; cependant il n'y a pas de fluctuation.

Le traitement à l'huile de foie de morue a été bien suivi. Le malade ne voyant pas la tumeur diminuer demande un traitement plus rapide qui lui fasse perdre moins de temps, on lui propose l'extirpation qui est acceptée.

2 avril. Chloroforme. Incision longitudinale de 5 centimètres environ comprenant la peau et le tissu cellulaire jusqu'au ganglion. Dès que celui-ci est visible sur toute sa longueur, on le fixe à l'aide d'une pince de Museux et on décortique son enveloppe cellulaire. On est obligé d'employer les ciseaux à cause des adhérences très fortes qui l'unissent au ganglion. L'enveloppe saigne en masse, assez abondamment ; on place de nombreuses pinces hémostatiques. En arrière, le ganglion plonge sous le sterno-mastoïdien, on continue la dissection de l'enveloppe sans perdre de vue le tissu ganglionnaire sur lequel porte directement l'instrument tranchant. En ce point des vaisseaux plus importants sont ouverts et pincés.

Lorsque tout le ganglion est hors de la plaie, on place une pince sur la portion de capsule qui le retient encore et on la sectionne. Cette capsule est disséquée à son tour et enlevée en totalité. Une seule ligature au catgut est placée sur le pédicule du ganglion.

A la place du ganglion il existe une dépression profonde pénétrant sous le sterno-mastoïdien où elle arrive jusqu'à l'artère que l'on sent battre sous le doigt.

Réunion aux crins de Florence. Drainage. Pansement à l'iodeforme. Compression.

5 avril. On enlève le tube à drainage ; la plaie a bon aspect. Même pansement.

10 avril. On enlève les crins, la plaie est bien réunie.

Pansement. Le malade quitte le service.

Le malade revient de temps en temps pour prendre des bons d'huile de foie de morue.

Au 1<sup>er</sup> juillet l'état général était bon, il n'y avait pas de récurrence. Les ganglions du côté droit n'avaient pas augmenté de volume.

La coupe du ganglion montre qu'il existe une rougeur et une vascularisation considérable à la périphérie du ganglion. Au centre, il existe une sorte d'escarre noirâtre produite par le naphthol. En ce point le tissu est friable et se désagrège dans l'eau sous la simple pression du doigt.

Cette observation est de nature à prouver que le naphthol introduit dans un ganglion produit de l'inflammation et une désagrégation du tissu glandulaire tout comme l'éther iodoformé. La peryadénite a été assez forte pour produire des adhérences très difficiles à détacher et qui auraient donné lieu à des complications opératoires, si le ganglion avait été plus près d'un gros vaisseau.

Au bout de deux mois, l'état général était bon et il n'y avait pas eu de récurrence.

#### OBSERVATION IX ( *inédite* ):

*Adénite cervicale. Echec des injections interstitielles. Extirpation. Guérison.*

La nommée O. . . , âgée de 41 ans, domestique, entrée le 20 avril. Salle Demonveillers, n° 15, hôpital St-Louis.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort à 47 ans de maladie inconnue. Mère morte à l'âge de 40 ans d'un cancer au sein; deux sœurs mortes d'un cancer.

*Antécédents personnels.* — Pas de maladie antérieure. Sujette aux maux de gorge. A eu un abcès amygdalien.

*Etat actuel. — Etat général.* — La malade paraît jouir d'une bonne santé habituelle. La malade raconte cependant qu'elle tousse un peu surtout le matin, mais n'a pas d'hémoptisie, pas de sueurs nocturnes, pas de signes physiques de tuberculose.

*Etat local.* — Il y a deux ans apparition d'une petite tuméfaction au côté gauche du cou qui s'est développée d'une façon indolente, sans réaction locale ni générale. En même temps une autre tumeur s'est développée de l'autre côté à la région similaire. Evolution progressive et indolente de ces deux tumeurs. La recherche d'autres adénopathies dans d'autres régions ne permet pas d'en découvrir ni au cou, ni aux aisselles, ni à l'aîne. La peau est normale au niveau de la tumeur du côté gauche. La tumeur est du volume d'une grosse orange, située profondément, jouissant d'un très petit degré de mobilité. Elle est sous le sterno-mastoidien, au niveau de la région sternomastoïdienne au tiers supérieur, empiétant un peu sur la région sous-maxillaire. Indolente au toucher sauf quand on cherche à lui imprimer de forts mouvements de latéralité.

Celle du côté droit présente à peu près les mêmes caractères mais elle est moins volumineuse.

Le 20 avril. En raison de la grosseur de la tumeur du côté gauche et de son adhérence à la profondeur, on tente les injections de naph-tol.

28 avril. Première injection. Peu de réaction locale ; la malade a souffert beaucoup le 1<sup>er</sup> jour.

6 mai. Deuxième injection et troisième injection.

14 mai. Quatrième injection. La tumeur reste stationnaire. La malade souffre toujours beaucoup à chaque nouvelle injection.

L'injection pénètre difficilement en raison de la dureté de la masse.

20 mai. Cinquième injection. Aucune amélioration, la tumeur ne s'affaïssé pas.

25 mai. La malade voyant que son état reste stationnaire, réclame l'opération.

*Opération le 26 mai.* Incision verticale sur la face antérieure de sterno-mastoïdien de 8 cent. de long. Peau adhérente aux tissus sous-jacents. On tombe sur le muscle, au travers duquel on est

obligé de faire une boutonnière de dimension de l'incision cutanée. La masse tuberculeuse se présente avec une face antérieure adhérente. Ces adhérences sont détachées avec précaution à l'aide du bistouri et des doigts.

Une pince de Museux est alors placée en plein dans la tumeur qui est assez résistante pour ne pas céder à une traction énergique. A l'aide du doigt on cherche à entourer la tumeur en la détachant de la partie voisine. Ce temps opératoire nécessite un travail long et laborieux. La tumeur finit par s'énucléer, les adhérences de la profondeur étant moins considérables qu'on aurait pu le croire. La face profonde de la masse était juxtaposée aux gros vaisseaux du cou, à la carotide externe qu'on voit nettement au fond de la plaie et de la jugulaire interne. Quelques ligatures au catgut sont jetées sur les vaisseaux qui saignent. Suture et drainage de la plaie.

Les suites opératoires ont été des plus simples. La réunion était complète au 10<sup>e</sup> jour, et la malade quitte le service le 4 juin.

#### OBSERVATION X (*inédite*).

##### *Adénite cervicale. Echec des injections de naphthol. Extirpation.*

La nommée Anna L..., âgée de 22 ans, cigarière. Entrée le 14 avril 1891, salle Denonvillers, lit n° 8.

*Antécédents héréditaires.* — Mère morte à l'âge de 29 ans d'une bronchite. Père se porte bien. Frères et sœurs bien portants.

*Antécédents personnels.* — N'a jamais fait de maladie, réglée à 12 ans. N'a jamais été réglée régulièrement; durée des règles, deux ou trois jours, peu abondantes. Pas de bronchite ni de transpirations, ne tousse pas. Pertes blanches très abondantes.

*Début.* — Il y a 6 mois, apparition d'une tumeur ganglionnaire au cou du côté droit. La tumeur s'est développée d'une façon indolente jusqu'à acquérir le volume actuel.

*État actuel.* — On voit sur le côté droit du cou, à la partie moyenne de la région carotidienne, une tumeur du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur, profonde sous le sterno-mastoïdien,

paraît peu mobile. Peau normale à son niveau. Consistance résistante sans fluctuation nette. Surface régulière et lisse. Indolence.

14 avril. Injection de naphthol.

22 avril. Deuxième injection de naphthol.

30 avril. Troisième injection de naphthol, aucune amélioration.

8 mai. La malade, voyant que la tumeur ne diminue pas, a réclamé l'ablation.

*Opération le 10 mai 1891.* — Après incision des parties molles, on récline le muscle sterno-mastoïdien. On tombe sur une tumeur non suppurée. A l'aide d'une pince de Museux, on l'attire peu à peu au dehors et on arrive ainsi à faire l'extraction complète. La tumeur était située au contact des gros vaisseaux. Léger écoulement de sang. Suture et drainage. Pansement antiseptique. Le 8 juin, on fait le premier pansement. On enlève la suture et le drain. *Réunion parfaite.* Deuxième pansement huit jours après. Belle cicatrice linéaire.

18 juin. La malade quitte le service. On ne l'a pas revue.

#### OBSERVATION XI ( *inédite* ).

##### *Adénite cervicale. Extirpation.*

La nommée T... Marie, âgée de 24 ans, couturière, entrée le 11 mai 1891, salle Denonvillers.

*Antécédents héréditaires.* — Père âgé de 63 ans, n'a pas une bonne santé ; il est impossible d'avoir de renseignements plus précis à ce sujet. Mère bien portante, âgée de 57 ans. A un frère et trois sœurs dont une a des ganglions au cou, les trois autres se portent bien.

*Antécédents personnels.* — La malade n'a pas eu de maladie dans sa jeunesse. Au mois de février 1889, elle a été opérée une première fois d'une tumeur de la grosseur d'une orange dans la région sous-maxillaire du côté droit. Elle tousse souvent, s'enrhume facilement. Transpiration nocturne et faiblesse à la suite du moindre effort.

*Etat actuel.* — Quelque temps après l'opération faite et fermée, est apparue une autre tumeur de même nature au côté gauche, à la même région. Développement indolent de la tumeur. Au niveau de la région sous-maxillaire, tumeur du volume d'une noix, peu mobile sous la peau. Peau normale, pas de fluctuation dans la région voisine. Rien de l'autre côté ni dans les autres organes. L'examen du poumon permet d'entendre des craquements; au sommet gauche du poumon, il existe de la submatité. Etat général assez médiocre, la malade a un teint pâle et ne mange pas beaucoup.

*Opération le 11 mai 1891.* — Incision au bistouri, de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Incision du péaucier très apparente. On cherche à pratiquer la décortication. Mais il y a un peu de périadénite qui rend cette opération un peu difficile. A l'aide de la pince de Museux, on attire la tumeur au dehors et on finit par la détacher des parties profondes; ligature d'une sorte de pédicule qui reliait la tumeur à la profondeur. Pas d'hémorrhagie. Drainage et réunion par première intention.

18 mai. On enlève les crins de florence.

20 juin. Un mois après l'opération, la malade, qui a été se reposer à la campagne, a un état général meilleur. Elle mange mieux.

Les sueurs nocturnes ont disparu.

Les signes stéthoscopiques sont les mêmes.

#### OBSERVATION XII ( *inédite* ).

##### *Adénite cervicale. Extirpation. Guérison.*

La nommée *Blanche V.*, âgée de 16 ans, journalière, entrée le 26 mai 1891, salle Denonvillers.

*Antécédents héréditaires.* — Père et mère bien portants, trois enfants dans la famille tous bien portants.

*Antécédents personnels.* — Pas de maladie.

*Débuts.* — Depuis un an, apparition d'une tumeur du côté droit du cou à la partie moyenne. Cette tumeur a atteint progressive-

ment la grosseur d'un œuf de pigeon en très peu de temps ; elle n'a pas augmenté depuis huit mois. Pas de réaction générale ni locale.

*État actuel.*— On trouve à la partie moyenne du cou du côté droit une tumeur du volume d'un œuf de poule environ. Cette tumeur est profonde, la peau ne présente pas de changements ni dans sa coloration, ni dans sa structure. La tumeur est située au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, derrière le muscle sterno-mastoïdien. Elle est mobile avec le muscle. Pas de fluctuations.

*Opération le 26 mai.*— Incision au bistouri longitudinale de 7 cent. environ. On tombe en plein sur le muscle sterno-mastoïdien qui est adhérent à la tumeur ; à travers le muscle, on arrive sur une poche blanchâtre adhérente au muscle dans toute son étendue. Dissection de la poche ; la tumeur est attirée en dehors à l'aide d'une pince de Museux. La face profonde est en contact avec la gaine vasculaire du cou, mais il n'y a pas d'adhérences à ce niveau. A l'aide du doigt, on arrive facilement à détacher la face profonde de la tumeur et à l'énucléer. Pas d'hémorrhagie. Suture et drainage de la plaie.

31 mai. La malade n'a pas souffert, on change le pansement. Peu de suintement. On enlève le drain ; nouveau pansement à l'iodoforme.

5 juin. On enlève les crins de florence. Réunion par première intention.

10 juin. La malade quitte le service.

25 juin. Elle revient à la consultation. La cicatrice est apparente, mais non difforme. Il n'y a pas de récurrence au cou.

### OBSERVATION XIII (*Inédite*).

#### *Adénite cervicale. Extirpation. Guérison.*

La nommée Marie A..., âgée de 14 ans 1/2, sans profession entrée le 5 mai 1891. Salle Denonvillers, lit n° 4.

*Antécédents héréditaires.* Père et mère bien portants et une sœur indemne de toute maladie.

*Antécédents personnels.* N'a pas fait de maladie antérieure et n'est pas encore réglée.

*Début.* Il y a huit mois, la malade s'est aperçue qu'elle portait de petites tumeurs au-dessous du maxillaire du côté droit. Développement lent et indolent de ces tumeurs.

*Etat actuel. Etat local.* On trouve du côté droit au niveau de l'os hyoïde, un amas de trois tumeurs, chacune de la grosseur d'un œuf de pigeon. Ces tumeurs sont mobiles sous la peau, roulent facilement sous le doigt, indolentes à la pression. La peau est normale à leur niveau. Pas de fluctuation.

L'examen du poumon permet d'entendre une diminution du murmure vésiculaire aux deux sommets; mais pas de craquements.

*Etat général assez satisfaisant.*

*Opération le 5 mai 1891.* Incision horizontale parallèle à la grande corne de l'os hyoïde.

Décortication très facile de trois tumeurs de la grosseur d'un œuf de pigeon. Ablation d'un quatrième de la grosseur d'une aveline. Suture aux crins de Florence. Drainage.

Le 13 mai. La malade n'a souffert que le premier jour qui a suivi l'opération.

On refait le pansement. La réunion a eu lieu sur toute l'étendue de la plaie.

On enlève le drain. Nouveau pansement à l'iodoforme.

Le 18 mai. Nouveau pansement, on enlève les crins de Florence. La plaie est complètement guérie.

20 mai. La malade quitte le service.

28 juin. La malade a été revue pour la dernière fois. Elle allait bien. Ne toussait pas. Il n'y avait pas de récurrence.

OBSERVATION XIV ( *inédite* ).

*Volumineuse adénite cervicale partiellement suppurée. Extirpation.*

La nommée Juliette R..., âgée de 15 ans, culottière, entrée le 22 mai 1891, salle Denonvillers, n° 34, hôpital Saint-Louis.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort à la suite d'un accident. Mère vivante et bien portante. Cinq frères bien portants; une sœur morte en bas-âge.

*Antécédents personnels.* — N'a pas fait de maladie sérieuse. Réglée à l'âge de 14 ans. Toujours bien réglée.

*Etat actuel.* — La malade raconte qu'elle a vu apparaître, il y a 7 ans, une glande au niveau de la partie latérale et supérieure du cou. Peu à peu et d'une manière indolente se sont développées d'autres tumeurs dans la même région. Aujourd'hui voici ce que l'on peut constater. Dans la région latérale sus-hyoïdienne, on constate la présence d'une tumeur de la grosseur d'un poing d'adulte à surface irrégulière et bosselée. La peau ne présente aucune particularité à noter. Elle est normale, non adhérente aux parties profondes. La palpation permet de reconnaître que la tumeur est constituée par la réunion de quatre masses assez distinctes les unes des autres, les unes paraissant solides, les autres au contraire présentant une apparence de fluctuation. Si l'on cherche à imprimer des mouvements d'ensemble à la tumeur entière, on voit qu'elle présente un certain degré de mobilité sur les parties profondes. La tumeur est indépendante du maxillaire inférieur. Aucune altération de l'appareil dentaire. L'examen de la région similaire du côté gauche permet de sentir la présence de deux ou trois petites masses ganglionnaires de la grosseur d'une noisette. Pas d'adénopathie dans les autres régions. Pas de tuberculose pulmonaire.

La grosseur de la masse ganglionnaire ne permettant pas d'espérer la guérison par les injections seules, et la crainte de voir les adhérences augmenter rapidement, on propose l'extirpation immédiate qui est acceptée.

23 mai. Incision longitudinale sur toute la longueur de la tumeur, en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur. La tumeur apparaît bientôt. Elle est saisie à l'aide d'une pince de Museux et tirée en dehors par un aide. Dans l'effort de la traction, une partie de la tumeur cède et par l'ouverture il sort du pus venant d'un ganglion suppuré. Le reste de la masse est très ferme. On fait la dissection de la tumeur par le procédé habituel et après d'assez longs efforts on parvient à l'extraire. On procède ensuite à la séparation de la poche qui est adhérente dans la profondeur et nécessite une dissection très attentive. Aucun organe important n'est blessé.

On place un tube à drainage et on réunit aux crins de Florence. Pansement à l'iodoforme.

Les jours suivants, il n'y a pas eu de fièvre.

30 mai. On enlève les crins de Florence. La réunion est complète.

5 juin. La malade quitte le service et n'a pas été revue.

La masse présentait trois noyaux suppurés au centre avec tous les caractères des adénites tuberculeuses.

Dans ce cas, la dissection a été pénible, mais non dangereuse. Si l'on eût attendu plus longtemps, où si l'on avait provoqué une inflammation péréphérique par des injections, l'opération eût été impossible et la tumeur n'eût pas tardé à produire des fistules et des abcès.

## CONCLUSIONS

La marche si fréquente des tuberculoses ganglionnaires vers la généralisation tuberculeuse, les accidents de compression et d'inflammation secondaire, les cicatrices disgracieuses des adénites ouvertes spontanément, telles sont les raisons qui nécessitent un traitement soigneux et précoce des adénites tuberculeuses.

Ce traitement peut être médical ou chirurgical. Le traitement médical, même au bord de la mer, ne donne pas de résultats fidèles. On doit cependant toujours commencer par lui, mais en surveillant attentivement son effet et en se tenant prêt à intervenir chirurgicalement.

Les injections intertitielles n'amènent la guérison des adénites tuberculeuses non suppurées qu'au prix de la fonte inflammatoire du ganglion, de douleurs vives et quelquefois d'accidents. Elles n'ont aucun avantage sur l'extirpation au point de vue de la récurrence. Elles rendent cette dernière plus dangereuse et plus difficile en provoquant des adhérences et en faisant perdre un temps précieux.

L'extirpation est l'opération de choix. Faite de bonne heure, elle n'est pas dangereuse et peut être complète. Elle ne fait courir aucun risque d'accident opératoire ni

d'auto-inoculation. La cicatrice qu'elle laisse n'est pas disgracieuse et peut être dissimulée.

VU :

*Le Président de la thèse,*

**TILLAUX.**

VU :

*Le doyen,*

**BROUARDEL.**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le vice-recteur de l'Académie de Paris,*

**GRÉARD.**







